Al Dirigente Scolastico

dell'I.C. De Amicis Livorno

Oggetto: **Disponibilità per la somministrazione farmaci alunni**

Il /la sottoscritto/a……………………………………………… personale ATA/Docente

 dell'I.C. De Amicis Livorno presso la sede di……………………………………….,

considerata la richiesta dei genitori dell’alunno….....................................……………………….

della classe………….….……… dichiara la propria disponibilità alla somministrazione dei farmaci

secondo le modalità indicate nella documentazione medica prodotta.

 Firma

……….…………………………